

オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会（Web 研修会）

オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会を Web 配信にて開催いたします。

緊急避妊薬の処方について初診からオンライン診療を行うことが可能となりましたが、オンライン診療により発行された緊急避妊薬の処方箋については本研修会を修了した薬剤師でなければ調剤することはできません。本研修会受講に当たっては当該調剤を行う予定の薬局に従事する薬剤師であり、研修を修了した薬剤師の所属する薬局は緊急避妊薬を備蓄或いは供給体制を確保し、当該薬の処方箋応需体制を整備することとされています。また、研修修了後に「オンライン診療における緊急避妊薬の調剤が可能な薬局」として厚生労働省のホームページに公表されます。公表される項目は薬局名、薬局所在地、研修修了薬剤師名、電話・FAX 番号、開局時間などです。修了証はご登録いただきました薬局へ後日ご郵送いたします。なお、研修シールの付与はありません。

記

日 時：令和5年3月21日（火・祝日）14：00～18：00

定 員：200名（京都府下に勤務する保険薬局薬剤師）他府県勤務の方は受付していません。

受講要件：調剤応需可能薬局・研修修了者として下記の情報公開に同意していただける方（情報公開は厚生労働省ホームページ等を通じて実施）

※本研修会の受講前に、別紙1「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会受講にあたって（受講薬剤師向け）」を予め確認すること。（「別紙1」は本会ホームページ（トップページ）に掲載）

受講料：京都府薬剤師会 会員：無料・非会員（京都府内保険薬局勤務者）：3,000円（申込後、振込案内をします。事前にご入金ください。）振込後のご返金は致しかねますので予めご了承ください。

申込み：①研修会申込 URL 及び QR コードから Zoom ウェビナーにアクセスし、必要事項を入力送信（申込）してください。

②別紙2「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤への対応及び緊急避妊薬の在庫について（薬局・薬剤師確認書）」に必要事項をもれなく記入して本会へファックスしてください。（075-525-1650）

- ・①と②が揃えば受付をいたします。研修会申込締切：令和5年3月3日（金）厳守（定員に達し次第終了）
- ・申込締め切り日以降、順次 Zoom ウェビナーの承認を行います。Zoom ウェビナーの承認メールに視聴用 URL が貼付されています。研修会の10日前までに届かない場合はお知らせください。
- ・研修会資料を添付にてお送りする事があります。PDF の添付が可能な個人のメールアドレスでお申込み下さい。
- *厚生労働省に報告するため薬局名、所在地、TEL、開局時間等は行政に届出している通りにご記入ください。（ご記入いただいた個人情報は、本研修会関連業務以外には使用いたしません。）
- *受講のためのパソコン・タブレット等は各自ご用意ください。受講にあたっての技術的サポートは致しかねますのでご了承ください。
- *緊急避妊薬の調剤に関して事前に質問を募集いたします。Zoom ウェビナー登録時にご記載ください。

※今回から Zoom ウェビナー登録と別紙2のファックス提出が必要です。

＜裏面の注意事項をご確認ください。＞

研修会申込 URL と QR コード（申込締め切り：令和5年3月3日（金）定員に達し次第終了

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_42MeFPnLSfas5s6Gj3FzVg



プログラム

- 1 オンライン診療の適切な実施に関する指針と緊急避妊薬の調剤について
- 2 オンライン診療に伴う緊急避妊薬処方上の留意点
 - (1) 緊急避妊
 - (2) 月経と月経異常および性周期のホルモン調節機序
 - (3) OC全般と避妊法
- 3 オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤について
 - (1) 薬局での調剤の手順について
 - (2) 患者対応等について
- 4 確認問題
- 5 質疑応答

※本研修を修了されますと（要件を満たした方）「4. 確認問題」の正誤にかかわらず、研修修了証は発行されます。（送付に1ヶ月以上掛かります。ご了承ください。）

【申込みについて】

- 同一施設内で複数人お申込みの場合等はメールアドレスの共有はできません。個人のアドレスでお願いします。また、ウェビナー登録の氏名は本名でお願いします（ニックネーム不可）。
- Web配信はZoomのウェビナーを用いて行います。研修会の受講を希望されます場合は、表面の研修会申込URLまたはQRコードからアクセスし、必要事項を入力送信（申込）してください。
- 申込締め切り日以降、順次Zoomウェビナー視聴用URLを送信させていただきます。研修会の10日前までに届かない場合はお知らせください。

【受講について】

- Web研修の受講状況は常時記録（参加時刻・退出時刻・接続時刻等）させていただきますので、ご了承ください。
- Web研修の冒頭及び研修中に数回の受講報告用キーワードを提示いたします。各自、忘れないようメモ等をお取りください。
- Web研修の最後に受講報告の「キーワード報告」画面が現れますので、必ず当日中に報告してください。視聴時間の記録とこの報告を持って、受講認定されます。
- 不測のトラブル等により「キーワード報告」画面から報告できなかった場合は、当日23:59までにメールにて「受講した研修会名・氏名・薬剤師免許番号・メールアドレス・全てのキーワード（複数）」をご報告下さい。
- 受講者側のトラブル、キーワードの報告漏れ等、いかなる理由の場合も受講料の返金及び受講認定は行いませんのでご了承ください。
- 講演内容の録画・録音・撮影及び資料の二次利用は禁止です。

【視聴準備について Zoomのインストール方法】

配信はZoomのウェビナーを用いて行います。

○スマートフォン・タブレットをご使用される場合

タブレットやスマートフォンからご視聴いただく場合、お使いの機器にZoomをインストールされていない方は、次のQRコードより、予めZoomのインストールをお願いいたします。

うまくいかない場合はApple storeまたはGoogle Playから「Zoom」で検索して、「ZOOM Cloud Meetings」というアプリをインストールしてください。

視聴はネット環境やWi-Fiの安定した環境下で視聴してください。

iPhone・iPad

Android



○パソコンを使用される場合

インターネットで次のアドレスを打ち込んで、そのページの「ミーティング用 Zoomクライアント」の下にある「ダウンロード」ボタンをインストールしてください。<https://bit.ly/2VeckiN>

令和5年3月21日（火・祝日）

「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会（Web開催）」

研修会申込前に熟読をお願いいたします。（提出は不要）

京都府薬剤師会

（別紙1）

オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会受講にあたって
（受講薬剤師向け）

◆本研修会の目的

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、初診は「かかりつけの医師」が行うこと、直接の対面診療を組み合わせることが原則とされておりますが、緊急避妊薬については、初診からオンライン診療を行うことが許容されています。その際、薬局では、研修を受けた薬剤師が調剤を行い、面前で服用させることとされております。本研修会は、本取扱いに対応するための研修といたします。

◆薬局での対応事項

- ・緊急避妊薬の確実な在庫
- ・オンライン診療を実施する医師および緊急避妊薬の調剤を希望する患者への対応
- ・必要に応じ、地域の産婦人科医、ワンストップ支援センター等との連携

◆薬局・薬剤師情報に変更があった場合

厚生労働省ホームページには、オンライン診療指針に伴う緊急避妊薬の調剤が対応可能な薬局として、以下が掲載されます。

都道府県

薬局名

郵便番号

薬局所在地

電話番号

FAX 番号

開局時間

時間外対応の有無

時間外の電話番号

対応可能薬剤師数

薬剤師名

これら内容に変更が生じた場合、**速やかに**薬局の所在する都道府県薬剤師会に連絡し、常に正確な情報が一覧に掲載されるよう努めてください。

なお、緊急避妊薬の在庫を行わない場合には、同一覧からの削除を行う必要があるため、都道府県薬剤師会に連絡をお願いいたします。

令和5年3月21日（火・祝日）

「オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤に関する研修会」（Web開催）

返信先：京都府薬剤師会 F A X 075-525-1650

※研修会受付は別紙1を熟読の上、①Zoom ウェビナーの登録と②別紙2を本会へファックス
してください。 京都府薬剤師会

（別紙2）

**オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤への対応及び
緊急避妊薬の在庫について（薬局・薬剤師確認書）**

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、以下の薬剤師が研修を修了した場合には、

- ①緊急避妊薬の確実な在庫
- ②研修を修了した薬剤師による適切な対応
- ③地域の産婦人科医、ワンストップ支援センター等と適切に連携した対応

を行うことを確認し、厚生労働省ホームページ「オンライン診療に係る緊急避妊薬の調剤が対応可能な薬剤師及び薬局の一覧」に掲載されることについて了承いたしました。

また、これら対応のほか、研修修了薬剤師の異動や開局時間の変更等、同一覧に変更が生じた際には、薬局の所在する都道府県薬剤師会に速やかに変更または取り下げの連絡をいたします。

令和 年 月

薬局名 _____

薬剤師名 _____

管理薬剤師名 _____ 印

開設者名 _____

以上